

XIIèmes Journées Internationales de Sociologie du Travail Nancy, les 25 et 26 juin 2009

*LA GOUVERNANCE DE LA SANTE AU TRAVAIL :
LE DIALOGUE SOCIAL RECADRE PAR UN PARADIGME EPIDEMIOLOGIQUE ?*
Eric Verdier (LEST, Cnrs et Université d'Aix-Marseille)

Appelée à associer de nombreux acteurs, publics et privés, la santé et la sécurité au travail (SST) doit être pensée comme une action collective (Duran, 1999) ; sa complexité requiert que son analyse prenne en compte trois dimensions principales :

- L'institutionnalisation des dispositifs de prévention des risques professionnels par un assemblage de réglementations, de négociations et de contractualisations ;
- La territorialisation et, plus largement, la détermination des niveaux d'action pertinents depuis l'Europe jusqu'au local ;
- L'élaboration des connaissances sur les risques et de l'expertise en matière de prévention ainsi que leurs rôles respectifs dans la régulation.

Dans ce contexte, on a cherché à apprécier les effets d'un recadrage de l'action collective en matière de santé au travail par le déploiement de divers plans ministériels dans le domaine sanitaire : Plan Régional de Santé Publique (PRSP), Plan Régional Santé Travail (PRST), Plan Régional Santé Environnement (PRSE). Pour en apprécier les effets sur la construction de l'action publique, la région Provence – Alpes - Côte d'Azur (PACA) offre un cadre d'autant plus pertinent qu'elle a été le théâtre, ces dix dernières années d'initiatives originales en matière de santé au travail.

Des « Réseaux de Veille et de Prévention » des risques professionnels (désormais RVP dans le texte) sont en effet mis en place dès le début des années 2000, dans le cadre du contrat de Plan Etat-Région 2000-2006. Parmi cette génération de contrats, il s'agit d'ailleurs du seul engagement conjoint de l'Etat et de la Région sur la thématique de la prévention des risques du travail qui, au regard de l'organisation des pouvoirs publics, reste inscrit dans le champ des politiques de l'Etat.

La thèse avancée par cette contribution – qui s'appuie sur une recherche achevée en 2008 (voir encadré ci-dessous) - est la suivante. Les défaillances de l'action collective, fortement médiatisées par l'affaire de l'amiante ou encore le drame de l'usine AZF à Toulouse (Henry, 2004), ont accéléré des évolutions normatives portées par l'émergence d'un nouveau « paradigme » en matière de SST. Inscrit pleinement dans le champ sanitaire et outillé par les démarches issues de l'épidémiologie, il bouscule les institutions héritées du paritarisme et du dialogue social comme la médecine du travail et, plus largement, la légitimité de la négociation collective dans ce champ. Au bout du compte, c'est l'autonomie même des acteurs de la relation salariale qui est ici en cause, Ministère du travail compris. La préservation de leur autonomie d'action est largement à re-construire. Elle repose sur l'affirmation d'un référent, de nature ergonomique, qui met au centre de l'action et de la réflexion l'entreprise et donc la relation d'emploi, tout en visant à satisfaire les exigences du paradigme épidémiologique. Ces compromis normatifs, cognitifs et instrumentaux trouvent certains de leurs fondements aux échelles nationale et européenne mais c'est au niveau régional que se joue leur effectivité.

L'EMERGENCE D'UN NOUVEAU PARADIGME EN MATIERE DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL.

Depuis le début des années 2000, les rapports et les décisions des hautes cours administratives françaises ont précipité l'évolution des paradigmes en matière de santé au

travail. Un référentiel d'action publique (Jobert, Muller, 1987) se met ensuite progressivement en place par l'entremise de nouveaux instruments d'action et de régulation. Déjà dans un rapport de 2002, la Cour des Comptes critique le système public de prévention des risques professionnels : d'un côté, elle pointe « *l'absence de séparation claire entre la responsabilité de détecter les risques, de les analyser et de prendre les décisions nécessaires, d'une part, celle de gérer le régime d'assurance, d'autre part* » ; de l'autre, elle souligne que « *l'organisation en matière d'accidents ou de maladies d'origine professionnelle n'est ni insérée dans la politique de santé, ni vraiment articulée avec elle* ».

Mais c'est surtout le Conseil d'Etat qui, par un arrêt de 2004, met en cause la responsabilité de l'Etat qui n'a pas su préserver les salariés des atteintes de l'amiante alors qu'il était en charge de la santé publique. Cette jurisprudence est cruciale dans la mesure où elle place explicitement la santé au travail dans le champ plus large de la santé publique ; de la sorte, elle donne à cette matière qui relevait pourtant du code du travail et, à ce titre, du champ potentiel de la négociation sociale – comme le sont la formation professionnelle, la durée du travail etc ... - un statut particulier pour l'insérer dans le giron des responsabilités régaliennes. Alors que le partenariat social est appelé à être prééminent vis à vis de l'intervention législative pour tout ce qui relève du contrat de travail – en particulier dans ses dimensions individuelles -, le ré-engagement de la puissance publique est requis pour se porter garant de la santé des travailleurs-citoyens (Abecassis, Sandret, 2006) : « (...) *Il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent et avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers* » (arrêt du 20 février 2004).

Encadré 1

Un rapport de recherche pour l'ANR, Août 2008

Entre Plan national et initiative locale, l'émergence d'une gouvernance territoriale des risques professionnels ?

(Eric Verdier, Cathel Kornig, Philippe Mossé, Michel Setbon – LEST)

A partir du cas des « Réseaux de Veille et de Prévention » des risques professionnels (RVP) mis en place en Provence-Alpes-Côte d'Azur au début des années 2000 dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, cette recherche s'est efforcée de comprendre comment s'organisait et innovait l'action publique en matière de prévention des risques professionnels. Trois dimensions ont été abordées :

1. La difficile marche vers une gouvernance territoriale des risques du travail

Cette composante repart des RVP pour analyser comment le Plan régional Santé Travail (PRST) s'est efforcé de décroiser les différentes composantes de l'action publique.

2. L'appropriation des démarches préventives par de (très) petites entreprises

L'action collective étudiée, développée dans un cadre tripartite poursuivait une double finalité : mettre à disposition des entreprises un guide pour l'élaboration du document unique relatif à l'évaluation des risques, enclencher une action de formation permettant aux entreprises de s'approprier la démarche pour faire de la prévention un investissement durable. Cette appropriation s'avère très dépendante des types d'entreprises concernées (dans deux secteurs : réparation automobile et hôtellerie-restauration, voir Kornig et Verdier, 2008). L'appropriation durable de la méthode d'évaluation des risques par les artisans et leurs employés requiert un service d'accompagnement et de suivi conséquent.

3. La formation à la prévention des risques, une composante de la qualification professionnelle ?

Depuis 15 ans, l'investissement politique et cognitif sur l'enseignement à la prévention des risques professionnels en formation initiale a été important. Au vu des quelques CFA et lycées professionnels visités, nombre de facteurs convergent pour rendre assez abstraite la formation à la prévention des risques.

Les exigences de la santé publique en surplomb de la santé et sécurité au travail

Le Plan National de Santé Publique (PNSP), lancé en 2004 amorce l'instrumentation de ce changement de paradigme en plaçant pour la première fois, la protection de la santé au travail « *au rang d'enjeu global de santé publique* »¹.

Parmi les 12 actions prioritaires du plan national santé environnement (PNSE) chapeauté par le PNSP, aucune ne traite exclusivement de la santé au travail mais celle-ci est directement concernée par plusieurs d'entre eux : « *protéger la population de la pollution à l'intérieur des locaux* », « *Mieux maîtriser les risques liés aux substances chimiques* », « *Mobiliser et développer le potentiel de recherche et d'expertise* ». A ce dernier titre, l'un des 17 objectifs nationaux vise à « *Mieux connaître la santé des travailleurs et les expositions professionnelles pour réduire le nombre des maladies d'origine professionnelle* ». Amplifiant ce mouvement, la loi de santé publique d'août 2004 intègre des objectifs relatifs à la santé au travail (par exemple, faire baisser en 5 ans de 20 % la proportion de salariés exposés à des bruits excessifs et contraints de réaliser des gestes répétitifs). En outre, le plan cancer vise à prévenir les cancers professionnels.

Cette approche des risques professionnels d'inspiration sanitaire cible prioritairement les individus - travailleurs et non l'entreprise comme espace « pathogène » potentiel et relais privilégié de l'action publique, comme cela était le cas pour les politiques antérieures de prévention des risques professionnels. Il est attendu de la connaissance de nature épidémiologique qu'elle permette d'établir des liens de causalité entre expositions – quel qu'en soit le lieu - et maladies en vue d'en déduire des mesures préventives et éventuellement, des normes strictes de nature à diminuer significativement les expositions et donc les risques encourus par les individus. D'où l'importance donnée à l'approche individuelle et longitudinale afin d'être en mesure de connaître les expositions successives et d'en tirer les mesures adaptées à chaque individu en fonction des risques déjà encourus. Ainsi Sans négliger l'entreprise, l'approche épidémiologique de la santé au travail privilégie une prévention individualisée de préférence à une acception centrée sur l'entreprise laquelle, ne saurait être qu'un moment, parmi d'autres, de la trajectoire de santé. Concrètement, une entreprise devrait tenir compte des expositions antérieures lorsqu'elle décide de l'affectation à tel ou tel poste dans la mesure où les risques engendrés par l'exposition à un danger particulier (lié à telle ou telle substance) variera d'un individu à l'autre, en fonction de la spécificité des risques antérieurement encourus.

L'organisation de la médecine du travail, fortement critiquée à l'occasion du « drame de l'amiante », n'échappe pas à ces évolutions d'ordre paradigmatique. Depuis la loi de modernisation sociale de 2002, la médecine du travail est insérée dans un ensemble plus vaste, à savoir les services de santé au travail qui ont un rôle exclusivement préventif. Ils sont ainsi censés inscrire leur activité dans un réseau sanitaire plus large, en vue notamment de fournir à l'institut de la veille sanitaire les informations sur les risques professionnels qui lui sont nécessaires à l'exercice de sa mission épidémiologique². Mais il y a encore loin de la coupe aux lèvres comme en témoigne un éminent épidémiologiste : « *la plupart des structures spécialisées de l'Etat, celles des entreprises, la tutelle des médecins du travail sont toutes en dehors du champ couvert par les organismes de santé publique et n'ont aucune interaction formalisée avec ces derniers* » (Goldberg, 2006, p. 17). A terme, l'insertion des services de

¹ Circulaire DRT n° 2006/09 du 10 juillet 2006, p. 1

² L'un des 4 axes de travail du département Santé Travail de l'InVS consiste à développer des dispositifs potentiels d'alerte et de surveillance à partir d'une mise en réseau de professionnels de la santé au travail. Ainsi un réseau de signalement de maladies jugées imputables au travail par des médecins du travail volontaires a testé avec succès ce type d'approches qui permettent en particulier de quantifier la sous-déclaration des maladies professionnelles et de repérer des pathologies émergentes (Imbernon, 2006).

santé au travail – le changement de dénomination est évidemment significatif – dans une vaste démarche épidémiologique relevant d'une politique de santé publique est sans doute une condition dirimante de son existence. En témoigne la préconisation de la mission parlementaire sur l'amiante consistant à intégrer la médecine du travail dans un service public de la santé au travail.

Jusque là sous la tutelle du seul Ministère du travail, la santé au travail s'inscrit désormais dans un système bicéphale, sous la responsabilité conjointe de la Direction générale du Travail (DGT) et de la Direction de la Sécurité Sociale.

D'ailleurs des cadres responsables du ministère du Travail³ ne manquent pas de souligner la portée de ce changement d'horizon :

- Pour tel Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, « *l'irruption d'un paradigme santé dans le champ du travail est une révolution culturelle* ».
- Pour un membre de la Direction générale du travail, « *désormais la grande évolution, c'est le croisement avec la logique de santé publique : on a commencé avec l'amiante, on continue avec les éthers de glycol, les CMR ... sachant que cette démarche est délicate à rendre publique puisqu'elle conduit à définir des taux d'acceptabilité des risques afférents* ».

A cet égard, l'élaboration puis le lancement du plan santé travail (PST) en 2005 ont scellé la prise de conscience du changement paradigmatique qu'avançaient les décisions jurisprudentielles et le PNSP.

Le Plan santé travail : re-légitimer un secteur d'intervention publique

Pour une part, le PST transcrit la réaction du ministère du travail aux plans antérieurs de deux autres ministères, celui du ministère de l'environnement, le PNSE, chapeauté par celui du ministère de la santé, le PNSP. En effet, en 2002-2003, le ministère du travail n'avait pas fait montre de la volonté politique de lancer un tel plan alors que, dès 1999, l'institut national de veille sanitaire (INVS) s'était doté d'un département dédié à la surveillance des risques professionnels et que la loi de modernisation sociale de 2002 lui avait confié la mission de veiller et d'alerter sur l'état de santé des actifs, quels que soient leurs statuts (salariés ou indépendants). Avec la sortie du PNSP et du PNSE, se fait jour un risque de secondarisation du ministère du travail et de ses services extérieurs puisqu'ils s'exposent à être exclus des structures d'animation régionales des deux autres plans appelées à décliner les objectifs nationaux, notamment en matière de santé au travail : « *C'est Larcher [alors ministre en charge du travail] qui a lancé le PST en réponse aux arrêts amiante du Conseil d'Etat, en prenant conscience du retard politique et technique vis à des deux autres ministères : on allait se faire marginaliser et on risquait de voir se marginaliser les questions de santé au travail, on ne pouvait continuer avec le risque de mise en cause de la responsabilité des agents. Face à tout cela, il fallait montrer qu'il y avait une re-mobilisation du ministère du Travail, ce qui explique la précipitation de l'élaboration du plan* » (ancien cadre de la direction générale du travail).

Néanmoins le PST doit se référer explicitement au cadre englobant du PNSP pour retenir une organisation générale similaire à celle du PNSE – des orientations nationales et des plans régionaux spécifiques - ; de la sorte, le champ de la santé au travail intègre progressivement les méthodes de travail de la démarche sanitaire, notamment en promouvant la dimension régionale comme espace privilégié pour « transversaliser » les enjeux et décloisonner les modes d'action. Cependant il revient au PST de développer des objectifs en matière de santé et sécurité au travail plus précis et plus nombreux que ceux affichés par les deux autres plans

³ Interrogés dans le cadre de cette recherche.

ministériels⁴. Le PST affiche la volonté de structurer un ensemble d'actions concrètes (23), dans la perspective générale de « *réduire drastiquement le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles* », autour de quatre objectifs (*développer les connaissances, renforcer l'effectivité du contrôle, réformer les instances de pilotage et décloisonner les approches des administrations, encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail*).

L'accent est ainsi mis sur le renforcement du pilotage d'une action publique jugée jusqu'alors trop compartimentée, notamment grâce à une coordination mieux construite avec d'autres composantes de l'action publique en la matière, en particulier par l'entremise de la convention d'objectifs et de gestion conclue avec la branche accidents du travail / maladies professionnelles de la Sécurité sociale.

Plus fondamentalement, le PST s'efforce de tracer le canevas général d'un compromis entre cette nouvelle approche épidémiologique et de l'autre, la légitimité historique de la négociation sociale dans le champ du travail qui est au fondement du positionnement politique du ministère du Travail : « *la légitimité de l'Etat et celle des partenaires sociaux, loin de s'opposer, doivent se compléter en matière de prévention. Cela est d'ailleurs conforme à la stratégie européenne pour la santé et la sécurité au travail, adoptée en 2002 et à sa déclinaison française, en 2003. Cette logique s'appuie en particulier sur les principes de prévention posés par la directive cadre de 1989 (article L. 230-2 du code du travail), et sur les valeurs essentielles liées à la personne, à la transparence et au dialogue social, qui doivent guider toute démarche de prévention* » (PST, 9). Désormais incontournable, la référence à ce texte européen qui chapeaute les politiques nationales est, en l'occurrence, d'autant plus stratégique pour le ministère du travail qu'il place l'entreprise au centre du dispositif de prévention et qu'il le dote d'une forte puissance normative (voir encadré ci-dessous).

Encadré 2 : les normes européennes en matière de santé au travail

En matière de santé et de sécurité au travail, l'action publique est largement formatée par la réglementation européenne. Les textes adoptés en 1989 ont placé le droit à la santé et à la sécurité au travail au moins au même niveau que le principe d'une concurrence loyale. Ainsi la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs avance que « *la réalisation du marché intérieur (qui) doit conduire à une amélioration des conditions de vie et de travail (...) s'effectuera par un rapprochement dans le progrès de ces conditions* ». En outre, la directive du Conseil européen du 12 juin 1989 – dite directive-cadre – souligne que l'hétérogénéité des dispositions nationales ne saurait conduire à « *une concurrence qui s'effectue(rait) au détriment de la sécurité et de la santé* » ; elle précise en conséquence que « *l'amélioration de la sécurité, de l'hygiène et de la santé des travailleurs (...) représente un objectif qui ne saurait être subordonné à des considérations de caractère purement économique* ». Cette même directive, transposée en droit français en 1992, outille ces principes par une instrumentation diversifiée : des normes, avec notamment une obligation de sécurité à la charge tant de l'employeur que du salarié assorti pour ce dernier d'un droit de retrait « *en cas de danger grave, immédiat et qui ne peut être évité* » ; un processus d'évaluation des risques assorti d'une obligation de résultat en matière de prévention qui, en cas de manquement, relève de la qualification de faute inexcusable (Blatman, 2005).

D'ailleurs, si en droit en français, la prévention des risques professionnels au travail est désormais placée dans le haut de la hiérarchie des normes, c'est en cohérence avec le droit européen : ainsi à propos de la loi du 4 mai 2004 au dialogue social, le Conseil constitutionnel a estimé qu'au contraire de ce qui est possible dans d'autres domaines du droit du travail, la loi ne pouvait pas permettre « *aux accords collectifs de déroger aux règles d'ordre public en matière de santé et de sécurité au travail* » (décision du 29 avril 2004).

Tout en reconnaissant qu'il faut refonder l'action publique, le ministère du Travail affirme ainsi son propre référent qui met en avant la dimension organisationnelle et gestionnaire des enjeux de santé au travail : il s'agit de faire « *des emplois de qualité la norme* » en « *luttant*

⁴ Il reste que le PST affiche sa spécificité en ne considérant comme éligibles que les risques professionnels encourus par les seuls salariés alors que d'un point de vue de santé publique, le champ d'intervention est appelé à concerner toutes les catégories de travailleurs y compris les indépendants.

(...) *contre toutes les formes de pénibilité* » et favorisant le développement d'une « *culture de la prévention en entreprise* », devant conduire à « *repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi* ». Ainsi tout en renonçant à l'indépendance de son secteur d'intervention, le ministère du Travail entreprend de légitimer l'autonomie de son référent en affichant sa volonté de procéder à deux grands types de transformation : l'une politique, à savoir un encadrement plus strict du dialogue social, l'autre instrumentale avec une ré-organisation de l'inspection du travail.

Une volonté de recadrer le dialogue social en matière de santé au travail

D'un point de vue normatif, la santé au travail ne saurait être l'apanage du dialogue social même tripartite, encore moins être conditionnée par le climat des relations professionnelles, d'autant que la thématique des conditions de travail se caractérise par la faiblesse structurelle de la négociation sociale (Bessière, 2005). Dès lors en matière de santé au travail, l'élaboration d'une « loi négociée » - c'est à dire conditionnée par la conclusion préalable d'un accord interprofessionnel - n'est désormais plus pensable et légitime, encore moins le fait que l'Etat puisse être un simple « greffier » des résultats préalables de la négociation sociale, comme cela a pu être avancé à propos du volet relatif à la formation professionnelle de la loi du 4 mai 2004, elle-même consécutive à un accord national de septembre 2003 (Méhaut 2006).

Ainsi l'encadrement, pour ne pas dire de la mise sous tutelle, du paritarisme social est diplomatiquement mais fermement affirmée. Au niveau national, c'est une instance tripartite consultative, le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels⁵, qui participe à l'élaboration de la politique de prévention avant d'être relayée par des Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), animés par les DRTEFP et où se débattent les orientations des plans régionaux de santé au travail (PRST) « *en parfaite articulation avec les groupements régionaux de santé publique (GRSP) prévus par la loi relative à la politique de santé publique (LSP)* » (PST, fiche 3.3.), rappel de la « super-tutelle » exercée sur la politique de santé au travail par la politique de santé publique.

Cette volonté de remise en ordre de l'action publique n'est pas censée s'opérer sur un mode hiérarchique classique mais plutôt sur les registres de l'ouverture, du dialogue et du partage de connaissances, bref du consentement à agir de concert. Tant dans l'instance nationale que dans les comités régionaux, sont appelés à siéger tous les acteurs impliqués et traitant de tous les sujets relatifs à la protection contre les risques professionnels. Au plan régional, il s'agit « *d'opérateurs, à gouvernance paritaire ou multipartite (CRAM, services de santé au travail, ARACT...), de services de l'Etat et, en premier lieu, les directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, de structures créées par les partenaires sociaux (...), d'instances de concertation comme les commissions régionales de médecine du travail ou de coordination, comme le comité DRTEFP/CRAM* » (ibid.). Désormais il revient au CRPRP, outil privilégié de la gouvernance régionale, de « *favoriser la coordination des acteurs de la prévention, sachant que de facto l'Etat reste prééminent* » (responsable de la direction générale du travail). Dans cette perspective, il ne s'agit pas d'imposer – ce qui serait irréaliste sachant que « *les partenaires sociaux ont un rôle particulier à jouer, parce que leur action est essentielle sur le terrain, au sein des entreprises et sur les lieux de travail ou parce qu'ils gèrent de puissants instruments de prévention (CRAM, par exemple)* » (ibid.) - mais de dialoguer en mobilisant toutes les « bonnes volontés ».

⁵ Transformé en 2008 en Conseil d'Orientation des Conditions de Travail COCT (décret du 25 novembre 2008). Dans ce changement de dénomination, transparaît la volonté de se saisir plus largement de l'enjeu des conditions de travail, placé souvent beaucoup moins haut que l'emploi sur l'agenda politique, pour attester de l'importance la contribution de ce champ pour l'action publique en matière de santé au travail.

L'approche épidémiologique de la santé au travail nécessitant une base informationnelle de très bonne qualité, la dimension cognitive de la coordination est fortement soulignée par les textes officiels et participe du recadrage du dialogue social : par l'entremise des CPRP, ses acteurs sont appelés à partager « *leurs informations et une vision commune des enjeux régionaux* » (ibid.) afin d'asseoir un diagnostic partagé et des priorités communes qu'il reviendra à chacun de mettre en œuvre dans ses propres instruments d'action. En outre, cet accent sur le rôle des connaissances induit l'ouverture du jeu à de nouveaux partenaires, ce qui de facto revient à limiter le poids des acteurs du dialogue social - dans la régulation de l'action publique : « *Le PRST est porteur d'un processus intéressant autant par le processus que par le contenu, dans la mesure où il conduit à sortir des cadres et des partenaires convenus ; par exemple, en Aquitaine, il a conduit à associer les partenaires scientifiques universitaires* » (cadre de la direction générale du travail).

L'Inspection du travail face à la problématique de l'interdisciplinarité de la santé au travail

L'irruption du paradigme sanitaire et épidémiologique bouscule les modalités traditionnelles d'intervention de l'inspection. En effet, « *c'est une révolution culturelle [pour] des générations formées dans un contexte où le risque s'appréhendait physiquement et d'une manière immédiate [comme dans le] BTP où il s'agissait de prévenir des risques comme tomber d'un échafaudage (...): je vois un trou, j'agis en conséquence. C'était une culture du résultats qui était appréhendable directement, ce qui signifiait que quelque chose venant de la direction devait se passer ; on était donc dans une sécurité pour nous mêmes sur la façon de contrer le risque (...). C'est un modèle d'apprentissage des années 60 qui reste aujourd'hui très présent (...)* » (ancien cadre de la direction générale du travail). Le basculement introduit par l'inscription de la santé au travail dans le champ plus large de la santé publique est a priori radical mais il n'est pas toujours, loin s'en faut, perçu comme tel par les protagonistes : « *La santé au travail c'est l'inverse en quelque sorte. Comment faire la relation entre un flocage amianté et le fait que dans 20 ans, il y aura des morts en conséquence alors que je ne verrai jamais ceux qui risquent d'être touchés par ce flocage. Il n'y a donc pas la même relation aux risques et aux personnes ; en outre c'est très compliqué techniquement et on n'a plus la relation directe aux gens concernés. Les effets différés font que l'on est dans une action incertaine : est-ce que c'est bien ce que j'ai pris en considération ? (...): c'est cela le risque chimique ou le risque sanitaire* » (ibid.).

Cette nécessité d'agir dans un monde plus incertain que jamais (Callon, Lascoumes, Barthe, 2002) induit des comportements de repliement ou de recherche de protection de la part de certains agents des corps d'inspection au point d'augmenter les risques de défaillance de l'action publique. Ainsi « *certain inspecteurs du travail se retiennent d'agir car le risque c'est pour eux de mettre en jeu leur responsabilité (...)* » (ibid.). Pourtant si leur activité principale est toujours de contrôler le respect des dispositions du code du travail, il reste que la loi de santé publique a introduit la possibilité pour les inspecteurs de s'occuper du respect des règles de santé publique dans l'entreprise (voir le décret du 14 novembre 2006 sur le tabac et dont les IT doivent favoriser le respect). Afin de répondre à ces différents enjeux, depuis 2005, les interventions de l'inspection du travail s'appuient théoriquement sur des « *cellules pluridisciplinaires d'appui* » créées au niveau régional. Elles ont pour mission d'apporter une aide scientifique, technique et méthodologique aux inspecteurs et contrôleurs du travail dans les domaines de la santé au travail. Cette démarche pluridisciplinaire élargit de façon considérable l'approche de la prévention des risques professionnels et vise à asseoir la légitimité politique d'une appréhension de la santé au travail par le prisme de l'entreprise :

« *Qui d'autre que l'inspecteur du travail peut faire ce travail de prise en compte d'ensemble de l'entreprise, liant les différentes composantes des enjeux : en terme de conditions de travail, de formes d'emplois, d'organisation du travail ... C'est*

dans cette perspective qu'il faut renforcer les capacités d'expertise de l'inspection du travail en vue de faire les connections entre l'entrée entreprise, prise dans sa globalité et avec son environnement (exemple de risques CMR qui se sont avérés provenir d'une autre entreprise) » (Cadre de la direction générale du travail du ministère du travail).

Au total, l'insertion de la santé au travail dans une problématique plus large de santé publique conduit à décloisonner et à dé-sectoriser les interventions des différents acteurs, publics et privés mais si les enjeux relatifs à la coordination d'une action publique plus protéiforme que jamais sont cruciaux, les conditions effectives de leur prise en charge au niveau régional restent à ce stade encore incertaines.

LES VOIES DE L'AUTONOMIE DE LA SANTE AU TRAVAIL : LES LEÇONS D'UNE ACTION PUBLIQUE REGIONALE

Compte tenu de son caractère précurseur et novateur, l'initiative régionale qu'ont formée les RVP a fortement structuré la déclinaison régionale des orientations nationales en matière de santé au travail au point de conforter une quasi-indépendance de ce champ. Difficilement durable, ce positionnement cède la place à une autonomie de la santé au travail qui repose sur l'affirmation d'un référent spécifique dont la crédibilité à terme est suspendue à une forte évolution des instruments de l'action publique en santé au travail et, plus largement, en matière de risques du travail.

La fabrication du plan régional santé-travail : une initiative en région au service d'un échange politique durable ?

Les RVP ont pour objectif premier de décloisonner les différentes approches institutionnelles de la prévention des risques du travail (Accidents du Travail et Maladies Professionnelles : ATMP), afin de les mutualiser dans une prévention plus efficiente dans cette région où les ATMP sont particulièrement importants. Pour ce faire, la DRTEFP et le Conseil Régional ont élaboré un appel à projets en 2000. 23 projets ont alors été retenus pour traiter 5 thématiques⁶. Dans ces projets, collaborent des universitaires, chercheurs, médecins généralistes, médecins du travail, inspecteurs du travail, ergonomes, employeurs, CHSCT, syndicats, spécialistes de la prévention, consultants. Dans cette action contractualisée régionale s'entremêlent deux dimensions caractéristiques des nouvelles formes d'action publique : le décloisonnement des compétences et des responsabilités institutionnelles des acteurs publics et privés par l'entremise de la territorialisation ; l'investissement cognitif, en favorisant notamment la circulation des connaissances et l'élaboration de diagnostics partagés, dans le but de soutenir une coopération efficace entre les parties prenantes (Massardier, 2003).

La nette antériorité des RVP sur le Plan national Santé Travail lancé en 2005 explique que la traduction régionale de ce dernier (PRST) a été largement structurée par cette initiative. Bien que l'apport des RVP fasse l'objet d'appréciations parfois critiques, la plupart des acteurs régionaux leur attribue néanmoins la création d'un climat « régional » favorable à la coopération, associé le plus souvent aux assises de la prévention de 2000, 2003 (et 2006). Il en résulte une « dépendance de sentier » institutionnelle dont les effets se font sentir bien au-delà du seul plan régional santé travail et concernent l'agencement du PRST, du plan régional santé-environnement (PRSE) et enfin, du plan régional santé publique (PRSP) censé englober les deux autres.

⁶ Transférer les compétences : informer et former ; Prévenir les cancers d'origine professionnelle ; Prévenir les atteintes de la santé liées aux facteurs psychosociaux liés au travail ; Evaluer les risques et gérer les informations relatives aux expositions ; Agir en entreprise.

La dynamique des réseaux dotait les acteurs régionaux d'un potentiel de réactivité aux injonctions portées par les plans nationaux sans doute inégalé :

« *Le PRST Paca, c'est le 1^{er} à avoir été élaboré en France avant, en région, le PRSE et le PRSP* » (responsable à la DRTEFP). La performance est d'autant plus notable qu'au niveau national, comme on l'a vu, le Plan santé environnement était antérieur au Plan santé travail. Grâce à la légitimité acquise par des RVP, la configuration d'acteurs propre à PACA a non seulement pu répondre aux demandes nationales mais elle a même été en mesure de devancer l'appel : « *de ce fait, à la différence des autres régions, quand on a fait le PRST, on n'avait pas la circulaire qui depuis en prévoit l'élaboration. Le PRST est le reflet à l'époque de tout ce que si faisait en Paca dans une dynamique de dialogue social et donc il a été une sorte de compilation des différentes actions et donc ce n'est qu'après qu'ont été construits les PRSP et PRSE* » (ibid.).

Quand est venu le temps de l'élaboration des autres plans régionaux, le Directeur des affaires sociales et sanitaires a pris l'attache de son homologue en charge du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle : le positionnement des composantes de la planification régionale a fait l'objet d'un « échange politique » (Regini, 1984) que l'on peut résumer ainsi : « *moi Drass, j'organise le PRSP autour de 20 programmes et je vous confie le 2^{ème} qui porte sur la santé au travail*⁷. La décision a été prise de ne prendre que 2 axes du PRST qui n'en sont pas l'intégralité, à savoir la réduction des cancers professionnels (risques chimiques et CMR) et aussi les TMS » (cadre de la DRTEFP). La contrepartie de cet accord de principe a été le maintien d'une autonomie complète de la partie travail dont atteste l'extrait d'un dialogue entre deux cadres de l'administration sanitaire et sociale : « *Le PRST c'est LEUR plan, LEUR plan* ».

Un écart sensible entre le référent classique en santé au travail et le référentiel de santé publique

Depuis lors, dans le cadre de la mise en œuvre du PRST versus PRSP, « *cette co-traitance* »⁸ de la santé au travail (ST) s'est appuyée sur l'organisation d'une conférence régionale qui a permis aux acteurs traditionnels de la santé publique de commencer à se familiariser avec les enjeux de la santé au travail. « *Les avantages de ce montage : la ST est pleinement prise en charge et on pointe bien un enjeu social à part entière c'est un marquage fort que de la confier à deux opérateurs (DRTEFP + Cram) ; la santé au travail n'est pas diluée dans la santé publique* » (cadre de la DRTEFP). Ainsi la quasi-indépendance initiale de la santé au travail s'est muée en une autonomie d'action qui l'insère dans le cadre normatif plus large de la santé publique, tout en affirmant sa spécificité. Il reste qu'à ce stade, ce repositionnement ne peut dissiper les ambiguïtés nées de conceptions fort différentes de ce qu'il serait légitime de faire en matière de santé au travail.

Les acteurs venus sur le sujet de la santé au travail depuis la santé publique expriment le sentiment que le poids des intérêts sociaux est trop important dans la régulation de l'action publique. L'extrait d'entretien qui suit, à première vue anecdotique, en réalité résume bien un point de vue largement partagé : « *(...) j'ai rien à voir dans mon profil professionnel avec la santé au travail, moi je suis veille et alerte on va dire, et la première fois que j'ai eu à assister à une réunion il y a quelques mois de la société de médecine du travail de la région paca, quelle n'a pas été ma surprise de me rendre compte que la réunion se tenait dans les locaux de l'union patronale du Var à Toulon, mais qu'est-ce qui se passe ? Mais en fait, mais oui c'est logique, mais bon au départ, pour quelqu'un qui vient de l'extérieur de ce milieu là c'est*

⁷ L'intitulé officiel est « agir sur l'environnement au travail ».

⁸ Terme utilisé par plusieurs de nos interlocuteurs.

un peu choquant ! ... » (épidémiologiste de la CIRE Sud, antenne de l'INVS). Est en filigrane la mise en cause du paritarisme et du dialogue social qui préside traditionnellement à la régulation de la médecine du travail. La pertinence du positionnement habituel de cette dernière est d'ailleurs vertement critiquée :

« (...) Le médecin du travail est censé écrire un rapport de son activité annuelle qui est transmis à la DRTFP, mais ce rapport d'abord est écrit de manière extrêmement hétérogène, d'autre part, de la bouche même d'un médecin du travail qui l'a dit en comité de pilotage ici : « Un certain nombre d'informations dans ces rapports sont complètement bidon » ! » (Médecin de santé publique).

Plus fondamentalement, la remise en cause de l'action traditionnelle en matière de santé au travail dépasse le seul dialogue social et ses compromissions passées pour toucher également la légitimité de l'entrée par l'entreprise. En effet, celle-ci risquerait de biaiser l'approche des problèmes de santé au travail : *« ... l'unité de base, justement, et ça ne peut pas être l'entreprise, parce que ça c'est tout à fait tabou avec nos partenaires »* (cadre de l'observatoire régional de la santé). Cette remise en cause peut être atténuée au regard d'une nécessaire division du travail qui, néanmoins, place la médecine du travail en position subordonnée au sein de la santé publique : *« nous l'entreprise, c'est pas trop notre souci ! Nous notre souci c'est la santé de la population, et l'entreprise, là je pense que c'est plus le rôle du médecin du travail et de l'inspection du travail ... par contre la santé des populations, quels que soient les travailleurs, nous intéresse aussi parce que c'est un temps de la santé publique, que nous ignorons ou presque, hein »* (inspection régionale de la santé de la DRASS PACA, en charge des relations santé travail).

Symétriquement pour les acteurs publics issus des relations professionnelles, l'incompréhension dont ferait montre à leur égard le monde de la santé publique est difficile à comprendre : *« Les acteurs de la santé publique sont très éloignés de la santé au travail : le salarié qui a un cancer lié au fait qu'il fume, il y peut avoir une composante professionnelle - tabagisme passif, pression du travail -, c'est souvent oublié ; ainsi on évite la dilution de la santé au travail et le risque que l'origine des problèmes soit reportée sur le comportement individuel n'est pas mince (...) »* (cadre de la DRTEFP). Ce dernier, comme bien d'autres, voit dans l'individualisation de l'approche en santé publique la possibilité subreptice d'un transfert de responsabilité sociale et juridique de l'entreprise vers le salarié. L'éventualité d'un tel processus constitue une préoccupation majeure des acteurs publics historiques de la santé au travail : *« La prévention en ST, c'est une prévention qui s'impose à l'employeur, alors qu'il y a une focalisation de l'approche santé publique sur l'individu, il y a donc le risque de renvoyer les responsabilités sur ce dernier et de traiter mal la prévention dans l'organisation (ibid.). La mise en œuvre du plan canicule fournit à cet égard un exemple parlant : « Lors du plan canicule, ils (la Drass) avaient souhaité faire un ciblage sur le travail mais ils sont dans une approche de prévention d'abord par l'information : c'est bien de dire que l'individu au travail doit boire 3 litres d'eau mais si l'on retient cela, notre cible c'est l'employeur : que va-t-il faire pour cela, va-t-il mettre de l'eau à disposition, comment vont s'organiser les pauses, comment le salarié qui doit être informé qu'il doit boire va l'être effectivement dans le cadre du travail ? »* (ibid.).

La convergence des approches est loin d'être acquise tant la lecture des évolutions récentes semble diverger. Du côté de la DRTEFP, la perception est plutôt positive : *« (...) il est intéressant d'être intégré dans un ensemble SP (...). Sur les poussières de bois, on s'est vu confier en co-traitance l'organisation de la conférence régionale sur le sujet et cela a très bien marché, ce fut un succès avec 400 personnes dans la salle. C'est pour nous l'occasion de faire place dans le cadre de la santé publique aux acteurs de l'entreprise qui sont essentiels pour la santé au travail. Il faut présenter comment nous travaillons. Nous voulions montrer*

qu'une structuration du débat incluant la dimensions entreprise est essentielle à une co-construction de la santé publique des individus ».

Par contre, la composante santé publique perçoit un raidissement du partenaire public en charge du travail, comme s'il s'agissait pour ce dernier de réaffirmer un pré-carré, à rebours de l'ouverture qu'a pu constituer la création des RVP : *« (...) un discours divergent, entre une volonté affichée de raccrocher les problèmes de santé travail à des problèmes de santé publique et d'un autre côté, un discours qui est plus récent et peut être plus opportuniste, conjoncturel d'injonction aux DRTFP de se recentrer sur leur métier »* (Médecin de santé publique). Plus structurellement, certains voient dans cet accrochage de la santé au travail à la santé publique un risque de métonymie : *« (...) il faudrait que tout le monde ait la même compréhension du vocable qu'il y aurait sur la bannière santé publique et ça c'est pas gagné Ca passe quand même par un référentiel commun (...) On voit bien le discours de la DRTFP, vraiment inspection et contrôle, et pas du tout veille, information, amélioration de la connaissance etc, même si c'est écrit là, mais entre ce qui est écrit et ce qui est ... »* (épidémiologiste).

Le référent ergonomique, un compromis avec l'approche épidémiologique ?

En région, les travaux de l'Anact, l'une des agences placées sous la tutelle du ministère du travail, dont l'antenne régionale a été une partie prenante active des RVP, expriment bien le référent « moderniste » de la santé au travail fondé sur une prise en compte explicite de l'organisation du travail comme déterminant de l'exposition aux risques professionnels. Par son caractère systématique et instrumenté, cette approche pourrait ouvrir la voie à un compromis cognitif avec l'approche épidémiologique. Il reste que sa possibilité sera probablement suspendue à une forte évolution des instruments d'action placée sous la responsabilité de l'administration du travail.

L'instrumentation de la prévention des risques professionnels

Promouvant une entrée par l'organisation, la démarche ergonomique – telle que celle portée par l'ANACT – est porteuse d'une légitimité étayée par une analyse systématique des facteurs de risques auxquels sont exposés les travailleurs, tout en n'abandonnant le principe d'un dialogue social censé alors être un vecteur privilégié de l'appropriation conjointe – salariés et employeurs – des règles préventives. L'extrait suivant d'un article paru dans la lettre des RVP résume clairement le sens de cette démarche.

« Le geste n'est pas réductible au 'mouvement'. Il apparaît comme un compromis entre les objectifs de performance, les exigences de la tâche, les moyens du travail et les caractéristiques individuelles des opérateurs (...) Seule la prise en compte globale du geste, dans ses dimensions biomécanique, cognitive et psychique, est en mesure de construire une prévention efficace et durable. Cette approche relativise, sans les exclure, les 'solutions mécanistes' (l'aménagement des postes, la formation 'aux bons gestes', la polyvalence ...) et ouvre le champ d'investigation à l'organisation du travail et au système de production (repérer les contraintes organisationnelles et les marges de manœuvre). (...) La démarche de prévention implique :

- *une approche globale de l'activité en prenant en compte le fonctionnement général de l'entreprise jusqu'au poste de travail,*
- *une approche pluridisciplinaire permettant d'aborder par différentes compétences les différents facteurs de risques,*
- *une approche participative qui permette l'implication de tous les acteurs concernés dans l'entreprise à tous les niveaux de la démarche (analyse du problème, recherche de solution, mise en œuvre)*

Dès lors les modes d'action doivent être adaptés au contexte de chaque organisation et centrés sur la compréhension et la transformation des réalités du travail et du fonctionnement de l'entreprise » (Kaltwasser, 2005, p. 4-5).

Mettant l'accent sur l'organisation plutôt que sur l'individu, cette conception ergonomique rejoint les conclusions d'approches sociologiques pour lesquelles la santé au travail est d'abord une construction collective (Davezies, 2005). Au vu de déclarations formulées dans la lettre des Réseaux de veille, devenue depuis 2006 celle du PRST, cette approche semble aujourd'hui partagée par certains acteurs patronaux : *« (...) ces opérations ont mis en exergue des dysfonctionnements organisationnels qui impliquent que nous proposons aux artisans une approche globale (...) ; pour être efficace et pragmatique, cette même approche devra prendre en considération les spécificités du métier »* (Mozatti Albert, Président de la chambre régionale des métiers de l'artisanat, 2005). Elle l'est aussi par les représentants des salariés puisqu'une représentante de la CGT avance qu'*« il faut pouvoir construire collectivement des alternatives d'organisation du travail (...). Il faut chercher à éviter les souffrances en organisant le travail différemment ... »*.

La convergence sur des cibles : épidémiologie versus ergonomie ?

Au-delà de l'individu, l'approche épidémiologique s'intéresse à des catégories dont les caractéristiques et les expositions communes, qu'il s'agit d'identifier et de mesurer, en font des populations à risque vis à vis de maladies dont l'incidence est liée, partiellement au moins, à l'exercice du travail.

« ... Il ne s'agit pas tant de qualifier a priori des risques que d'aborder une population en tant que telle, dont toute une série d'indices donne à penser qu'elle est plus particulièrement exposée à divers types de risques. L'objectif est ainsi de ne pas s'en arrêter à l'identification et à la mesure de pathologies liées à des expositions mais de partir du principe que tel ou tel groupe pourrait rassembler des individus fortement exposés à divers types de risques, par exemple – pris par l'un des nos interlocuteurs –, les populations du pourtour de l'Etang de Berre -, y compris dans la composante travail de leurs activités qui d'ailleurs, les exposent plus particulièrement à des maladies qui elles-mêmes les distinguent des autres composantes cette population. Cette approche, il faut le souligner, est partagée par la directrice du travail de la DRTEFP. Il faut développer la prévention en allant en priorité sur des populations à risque, sur les intérimaires, les saisonniers etc ... » (membre de l'Observatoire régional de la santé, ORS).

D'ailleurs dans cette perspective, une note de la DRTEFP prône d'utiliser le tableau de bord santé-sécurité de l'ORS en le confortant, *« avec des études complémentaires »*, par exemple *« sur les conditions d'exposition aux risques des intérimaires du pourtour de l'étang de Berre »* ou *« sur l'état de santé des saisonniers dans les Hautes-Alpes »* (p.4).

Il reste qu'une interrogation sur la pertinence de ces réformes, sur les plans tant paradigmatique qu'instrumental, ne saurait faire l'économie d'un débat de principe, en particulier sur l'affectation des responsabilités : *« jusqu'où faut-il aller dans la technicité de l'évaluation des risques, sans se substituer aux obligations réglementaires de l'employeur (métrologies, document unique d'évaluation des risques ... ? »* (DRTEFP, 2006, 10). Plus largement, c'est l'ensemble de la configuration aux prises dans le cadre territorial qui regimbe plus ou moins souterrainement selon les cas : *« il y a aussi des 'résistances au changement' émanant aussi bien des employeurs que des salariés (...), que de médecins [du travail] craignant une 'démédicalisation' de leur activité et une perte d'informations médicales sur les individus et leur vécu des situations de travail »* (ibid., 16).

Surmonter ces craintes comme les doutes des acteurs de la santé publique appelle un renforcement très sensible de l'instrumentation des services de prévention afin d'asseoir la crédibilité du référent ergonomique et au-delà de l'approche par l'entreprise.

Réorganisation des services et rationalisation de l'action préventive

En large partie, la convergence des référents santé au travail versus santé publique passe par le déploiement de nouveaux instruments. A cet égard, les évolutions des services de santé au travail, autrement dit la médecine du travail, ainsi qu'on l'a déjà vu au niveau national, constituent un enjeu majeur. De même la réorganisation des services de la DRETFP pourrait favoriser la convergence des référents épidémiologique et ergonomique.

L'enjeu pour les animateurs de l'inspection du travail (IT) est de sortir d'une pure logique de contrôle réglementaire, souvent impuissante vis à vis des risques professionnels, compte tenu de l'imbrication de dimensions juridiques, sanitaires, organisationnelles etc ... Aussi en application du PST et de la « modernisation » de l'inspection du travail qu'il impulse, a été mise en place le 1^{er} septembre 2006 une cellule d'appui à l'inspection du travail, notamment sur les questions de santé au travail. Elle est composée de quatre ingénieurs de prévention et d'un inspecteur du travail, auxquels s'adjoignent les trois médecins régionaux inspecteurs du travail (à hauteur du quart de leur temps). Elle est fondée sur un double critère d'organisation : des référents géographiques avec une compétence par département ; des référents thématiques (expositions aux Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR) ; Radioprotection ; Facteurs psychosociaux ; TMS...) : *« Comment cela marche ? Un IT fait un contrôle et se pose un problème de produits chimiques, de ventilation etc ... ; il fait appel aux ingénieurs pour qu'ils apportent l'appui technique, ou encore la question est d'ordre médical, c'est alors le Mirmo qui est sollicité. La cellule d'appui apporte les compétences à l'IT et est chargée aussi de mettre en place des outils méthodologiques pour les sections d'inspection sur des problèmes transversaux comme les guides méthodologiques sur les TMS »* (directrice du travail à la DRETFP).

En 2007, l'activité de la cellule a développé son appui aux sections d'IT selon trois modalités : au niveau individuel, par un accompagnement, à la demande, des activités de contrôle en entreprise ; au niveau collectif, notamment lors des campagnes nationales ciblées sur tel ou tel problème ; par la formation, sous la forme d'ateliers santé-sécurité dans les départements ainsi que par l'élaboration d'outils méthodologiques.

Comme on l'a vu, la médecine du travail focalise nombre de critiques. A ce stade, on formulera l'hypothèse interprétative qui suit : la DRETFP, en charge historiquement de la régulation de l'action collective en matière de santé au travail, l'est désormais, depuis la loi de santé publique, par délégation des autorités sanitaires en charge de la prévention et de la mise en œuvre du principe de précaution ; dans ce nouveau contexte institutionnel, la DRETFP s'efforce de prendre à bras le corps les réformes des services de santé au travail ; en effet, elles constituent une médiation décisive, d'une part pour défendre la pertinence de l'entreprise comme clé d'entrée dans les enjeux de santé au travail et au-delà, le dialogue social comme modalité de régulation, d'autre part pour légitimer son action en tant que composante incontournable de la politique de santé publique.

L'introduction d'une note rédigée par la directrice du travail de la DRETFP et symptomatiquement intitulée *« la nouvelle donne régionale pour les services de santé au travail »* (Gautier, 2007) pose clairement les enjeux les plus décisifs : *« la réorientation des services de santé au travail vers l'activité en milieu de travail, la priorité accordée au suivi clinique des travailleurs les plus exposés, l'obligation de constituer une offre de service pluridisciplinaire, les responsabilités accrues des représentants de salariés vont modifier nos attentes vers les services de santé au travail »*. La priorité est donc de faire de la médecine du travail le vecteur privilégié d'une intervention réelle au sein de l'entreprise en vue de contribuer, par l'exercice auprès du chef d'entreprise d'une fonction de conseil, à l'amélioration des conditions de travail et dès lors, à la mise en œuvre d'une activité préventive au plus près des activités productives et de l'organisation du travail. A cet égard, la

fiche d'entreprise est appelée à devenir un outil de formalisation de l'activité du médecin du travail en tant qu'expert de la prévention des risques professionnels. *« Aujourd'hui il faut moins de visites médicales et plus d'actions en entreprises, il faut des gros services qui ait des moyens conséquents et le médecin du travail doit être d'abord un préventeur »* (Directrice du travail). Dès lors la révision des pratiques des services de santé au travail fait du médecin du travail un agent-conseil du chef d'entreprise tout autant qu'un agent d'interface en direction des salariés. Ainsi, il s'agit bien de développer une *« activité clinique davantage centrée sur les populations les plus exposées »* et ainsi d' *« apporter une contribution importante à la fonction de veille sanitaire* (souligné par nous) » (Directrice du travail).

Cette revitalisation de la médecine du travail ne saurait être qu'interne : comme le veulent les textes, elle doit dorénavant s'appuyer sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail appelés ainsi à intégrer des ergonomes et des ingénieurs ou techniciens. Cet investissement est l'une des conditions pour rendre effectif le décloisonnement de l'activité des médecins du travail dans une perspective de santé publique. A ce titre, la DRTEFP engage une politique active en matière d'agrément des services de santé au travail : *« Avec la mise en place de la réforme des services de ST, on a élevé très sensiblement nos exigences pour le dossier de base en vue de leur renouvellement d'agrément, en mettant l'accent sur les services inter-entreprises avec enquête complète du Mirmo en particulier sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité et on demande en outre avis de l'IT et du DD. A ce stade de la réforme, j'ai délivré des agréments conditionnels d'un an conditionnant leur reconduction à des critères clés tels que la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, à l'élaboration d'un plan d'action »* (ibid.).

Dans cette perspective, il faut *« renforcer le contrôle social et aider les syndicats à s'approprier leur nouveau rôle »*⁹. A ce titre, *« les commissions de contrôle [des SST] sont des instances importantes du dialogue social territorial centré sur un objet essentiel : la santé des salariés »* (ibid., 3).

Ces réformes semblent devoir se faire au prix d'un affaiblissement des institutions de la santé au travail issues de la seule négociation sociale. En vertu d'un accord interprofessionnel du 13 décembre 2000, les partenaires sociaux ont créé un observatoire régional de la santé au travail (Orst), installé le 1^{er} juillet 2004 dans les locaux de la CRAM sud-est, avec comme priorité la prévention des risques routiers, certes 1^{ère} cause de décès par accident du travail mais assez peu en prise directe avec les enjeux liés à l'organisation du travail (sauf bien sûr pour la branche transports). En 2007, la création de l'institution tripartite animée par l'Etat (DRTEFP) qu'est le CRPRP a diminué la portée de cette initiative paritaire qui peine à se doter d'une action effective, comme le dit crûment, un responsable syndical à propos de l'installation du CRPRP : *« Est-ce que c'est pas ce qui finit par remplacer un mort vivant qui s'appelle l'observatoire régional santé au travail ? ... Alors avec la refondation sociale, ils ont re signé des trucs et ils ont décidé que les partenaires sociaux montaient dans les régions des observatoires régionaux de la santé, faisant complètement fi de ce qui existait déjà ... »* (responsable CFDT). Certes l'Orst est membre de droit du Crprp mais la pérennité de son fonctionnement semble bien incertaine.

Au sein du CRPRP, s'affirme la prééminence de l'Etat alors que les partenaires sociaux ne constituent que l'un des quatre collèges (soit, par ailleurs, ceux des administrations régionales de l'Etat, des organismes qualifiés régionaux d'expertise et de prévention, de personnes qualifiées - experts scientifiques, associations de victimes, professionnels de la prévention -). Au-delà de la *« mise en commun des savoirs et des acquis dans le domaine de la prévention et de la santé et une construction d'objectifs communs »*, il s'agit de *« construire un système d'acteurs efficace et vivant basé sur l'équilibre des points de vue et le*

⁹ Le document d'adhésion de toute entreprise à un service de santé au travail *« doit rendre compte d'une démarche de participation (consultation du médecin du travail – les élus du personnel (...)) »*. ibid. p.2

respect de la place de chacun » (compte-rendu de la 1^{ère} réunion du 18 décembre 2007). Cette subtile régulation que l'on peut qualifier de re-hiérarchisation progressive de l'action publique trouve son prolongement dans l'élaboration tâtonnante et conflictuelle d'une gouvernance régionale des risques du travail.

Réguler conjointement les risques du travail : les accords cadres tripartites de branche

A compter de 2003, le Conseil régional s'est lancé, en lien avec les services de l'Etat – Travail et Education Nationale –, dans une série de négociations contractuelles avec les employeurs pour conclure, une « nouvelle génération » de contrats sectoriels baptisés « Accords cadres tripartites de branche » (ACTB). Cette démarche contractuelle commune visait à favoriser le développement de l'emploi et de la formation professionnelle dans un certain nombre de branches professionnelles jugées stratégiques pour le développement de la région PACA.

Durant les premières années de cette politique contractuelle, le couple moteur a sans conteste été formé de la Région et des rectorats – en réalité, celui d'Aix-Marseille – autour de l'enjeu des qualifications professionnelles. Il concernait l'orientation, la régulation peu ou prou conjointe des deux voies de formation – apprentissage et scolaire –, la qualité de l'accueil en apprentissage et de l'insertion ... ; en arrière plan, l'attractivité des emplois constituait évidemment une dimension cruciale mais difficile à traiter tant elle exigeait d'agir simultanément sur les conditions d'emploi et de travail. L'irruption du PST puis du PRST à la fin de 2005 a replacé en bonne place sur l'agenda politique régional et plus précisément dans la démarche contractuelle tripartite, la politique du travail.

D'ailleurs dans le contrat de Plan qui les lie pour la période 2007-2013, l'Etat et la Région ont mis en exergue la nécessité de diversifier les thèmes de négociation couverts par les nouveaux accords qui « *porteront non seulement sur l'évolution de l'offre de formation professionnelle, l'attractivité des métiers ou le développement de l'emploi mais aussi sur la prévention des risques professionnels, l'amélioration des conditions de travail et la lutte contre les discriminations* ».

Le principe d'un gouvernance territoriale intégrée des risques du travail - perte d'emploi ; inadaptation et obsolescence des qualifications ; santé au travail - devient explicite et bénéficie d'un soutien budgétaire Etat-Région de 12 millions d'euros : le décroisement des politiques de formation, d'insertion, d'emploi et de travail semblerait devoir constituer un référent commun aux acteurs publics. Reste ouverte la question de son effectivité, en tout cas au travers de l'instrument que constituent ces accords¹⁰.

Une complexe affaire de coordination inter-institutionnelle

Pour suivre ce dossier, la direction concernée de la Région s'est adjointe les services d'une chargée de mission dotée d'une forte expérience en matière de santé au travail. Il s'agit d'insérer très directement la prévention des risques professionnels et les conditions de travail dans la négociation tant des nouveaux contrats – chimie-plasturgie, navires de plaisance – que du renouvellement des conventions d'application des accords déjà signés. De son côté, la DRTEFP s'est efforcé de revenir au centre de la gouvernance d'une action publique appelée à intégrer les questions de santé au travail, remise en haut de l'agenda ministériel, dans la perspective plus large des politiques de l'emploi et de formation professionnelle dont elle a toujours la responsabilité. Dit autrement, ces (nouveaux) enjeux permettent à cette administration de l'Etat de réinvestir une action dont elle était devenue, au fil des transferts de compétence de l'Etat vers les Régions, un acteur secondaire.

¹⁰ Sur les 8 ACTB recensés aujourd'hui, quatre (Transports-Logistique, Hôtellerie-Restaurant, BTP, IAA) sont de la 1^{ère} génération (2003-4) et quatre autres (Chimie-Plasturgie, Plaisance [construction de navires], Spectacle, Métallurgie – encore en projet -) appartiennent à la seconde (2007/2008).

Ce retour s'est d'ailleurs traduit par une certaine montée des tensions entre les personnes publiques. La DRTEFP a rappelé que les questions de travail restaient une responsabilité propre de l'Etat et que dès lors, leur instruction en vue de leur insertion dans les accords tripartites lui revenait de droit. En outre, la DRTEFP et la Région revendiquent l'une et l'autre la paternité de l'extension des ACTB aux questions de travail et à l'exigence procédurale de dialogue social. Chacune le fait sous un angle de vue qui lui est propre et recouvre une partie de la réalité. Il est vrai que la Région a été à l'origine de l'intégration progressive dans la contractualisation tripartite des enjeux formation-emploi-conditions de travail, par l'intermédiaire de l'objectif visant à renforcer l'attractivité des emplois. Mais lors de leurs prises de fonction respectives, les animateurs actuels de la DRTEFP ont constaté que l'effectivité des accords signés en 2004-2005 restait faible, en particulier sur le volet conditions d'emploi et de travail. Ils se sentent donc fondés à revendiquer la relance de l'action publique dans ces matières.

Sortir de l'impasse procédurale que risqueraient de constituer les ACTB consisterait, aux yeux de la DRTEFP, à s'appuyer plus encore sur l'expertise pour structurer le dialogue social et le rendre apte à construire des règles. Dans cette perspective, la DRTEFP a présenté en son nom propre un bilan sur les conditions de travail dans le BTP qui a d'emblée engendré des réactions assez vives de la représentation patronale¹¹. De cet épisode, sort renforcée aux yeux de la direction régionale la nécessité de construire des diagnostics préalables précis issus d'un débat de fond entre les protagonistes privés et publics des accords contractuels. Au bout du compte, cette posture ne se situe-t-elle pas dans le droit fil de la volonté de la Région d'introduire les conditions de travail et les risques professionnels dans la négociation et de faire en sorte que les syndicats de salariés soient parties prenantes jusqu'à la signature des accords ?

D'ailleurs pour la seconde génération d'ACTB, la Région a sensiblement durci ses exigences en matière de dialogue social puisqu'elle a demandé aux 5 confédérations représentatives au niveau national (ORS) de désigner directement des représentants aux instances de négociation des accords. Ils interviennent actuellement dans les groupes de travail pour la préparation des nouveaux ACTB et des conventions annuelles d'application ainsi que dans les comités de suivi en cours, sans être signataires.

Accords de la dernière génération (métiers de la plaisance et plasturgie-chimie) : vers une approche intégrée des risques du travail ?

Ces accords font part d'une volonté partagée de lier les questions de formation et d'emploi à l'enjeu clé que constituent les conditions de travail afin, notamment, de conforter l'attractivité des offres d'emploi. Dans la filière qui recouvre les « métiers de la plaisance et de la grande plaisance », l'article 1, relatif aux objectifs, relie explicitement « *le développement de l'emploi, des qualifications professionnelles et des compétences, de la formation* » à « *l'amélioration des conditions de travail* ». L'une des « idées fortes », rappelées d'emblée, avance que « *la nouvelle politique économique régionale affirmée dans le Schéma Régional de Développement Economique (S.R.D.E.) [l'est] notamment en termes d'investissement dans les ressources humaines et de développement de la responsabilité sociale et environnementale des entreprises* ». Est ainsi mise en avant, du point de vue de la

¹¹ Quelques extraits du diagnostic de la DRTEFP :

« *Malgré des évolutions positives (...), les accidents du travail sont un vrai problème vu leur importance dans ce secteur: l'indice de fréquence des accidents y est le double des autres secteurs professionnels. Le taux de gravité est également très supérieur aux autres secteurs professionnels. Parmi les accidents du travail graves et mortels, les plus nombreux sont liés à des chutes de hauteur, puis à des ensevelissements ou effondrements (...). Les conditions de travail (...) restent difficiles (...). L'utilisation de produits chimiques ou de substances dangereuses est insuffisamment prise en compte [tout comme] l'exposition au froid et à la chaleur. Les conditions d'hygiène sur chantier restent souvent précaires (...)* ».

Région en tout cas, la volonté de relier son action économique à celle qu'elle met en œuvre au titre du triptyque formation-emploi-travail. Dans cette perspective, l'un des 6 objectifs majeurs vise à « *promouvoir l'amélioration des conditions de travail dans la prise en compte des conditions de santé et de sécurité au travail* » : pour cela, les signataires « *s'engagent à (...) veiller au respect des conditions de travail et [à] accompagner les entreprises dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* ». En terme d'actions opérationnelles, il est prévu un « *accompagnement des entreprises dans la prévention des risques professionnels et environnementaux [ainsi que des] actions portant sur la gestion des risques professionnels* », ce qu'amorce la 1^{ère} convention d'application 2007-2008 ; elle prévoit de privilégier « *l'identification des risques professionnels ; l'information et la sensibilisation des acteurs de l'entreprise (employeurs, institutions représentatives du personnel, salariés)* ».

Enfin le dernier ACTB, qui rassemble les industries chimiques et la plasturgie, approfondit et systématise le sillon tracé par la plaisance puisque l'intégration des objectifs de divers ordres est beaucoup plus poussée. Il s'agit en particulier de « *Promouvoir l'amélioration des conditions de travail (...) et d'accompagner les entreprises dans la prévention des risques industriels et dans leur adaptation aux normes environnementales européennes* ».

La Région cherche à s'affirmer comme « l'intégrateur » de 1^{er} rang de l'action publique au titre de l'articulation de cet ACTB avec le schéma de développement économique adopté en 2006 et dont l'instrument clé est constitué des Pôles Régionaux d'Innovation et de Développement Economique Solidaire (PRIDES), réseaux mis en place sur des thèmes communs à celui de l'accord cadre, « *à savoir la responsabilité sociale et environnementale des entreprises* ». Plus précisément, l'article 3 se donne comme objectif opérationnel de « *rendre les emplois plus attractifs aux jeunes, aux adultes et plus particulièrement aux femmes par la mise en place de méthodes de recrutement et d'accompagnement dans l'emploi (adaptation des conditions de travail, développement du tutorat en cours de formation etc.)* ». Il est précisé que « *la revalorisation de l'image du secteur [passe] par des actions portant sur les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité, la qualité et l'environnement* ».

Plus concrètement, il est prévu que les « *adaptations aux mutations économiques et actions de prévention des risques* » devront « *Prendre en compte les conditions de santé et de sécurité au travail en intégrant les évolutions dans les domaines technologique, environnemental, économique et social ; Former aux risques professionnels ; Faire valoir les avancées dans la diminution des risques et valoriser ainsi l'image du secteur ; (...) Adapter les entreprises aux réglementations européennes, notamment REACH : (Enregistrement, évaluation, autorisation des substances chimiques) et ATEX (Atmosphère Explosive)* ».

Pour cela, une série d'actions, qui se veulent concrètes, sont explicitées au sein même de l'accord, ce qui tranche avec l'extrême généralité des accords antérieurs :

- « *Accompagnement des entreprises dans la prévention des risques professionnels dans le cadre de la politique régionale de prévention des risques professionnels initiée avec l'Etat.*
- *Formation des chefs d'entreprise à une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, en s'appuyant notamment sur l'ARACT (ACT Méditerranée).*
- *Actions de formation à la prévention des risques industriels, qui pourront être étendues à la formation initiale sous statut scolaire, dans le cadre de l'enseignement professionnel en prenant en compte les exigences des référentiels des diplômes professionnels nationaux.*
- *Diagnostics et études.*
- *Communication sur les actions conduites pour l'amélioration des conditions de travail, et la revalorisation de l'image des métiers industriels* ».

Les ambitions de cet accord sont donc clairement affirmées ; il reste que l'épreuve de l'effectivité de l'intégration des risques du travail (qu'ils tiennent aux conditions d'emploi ou de travail) reste à franchir avec la signature puis la mise en œuvre de conventions d'application successives attestant de l'opérationnalité de l'action conjointe.

Dans l'hypothèse d'un double aboutissement, qui n'a rien de garanti ! et qui reviendrait d'une part, à intégrer dans une même approche du rapport salarial les enjeux en terme d'emploi, de formation-qualification professionnelle et de conditions de travail-risques professionnels ; d'autre part, à articuler les interventions en matière économique à celles portant sur l'emploi, la formation et le travail -, le dispositif d'action publique se retrouverait dans la situation paradoxale puisque la prise en charge de la santé au travail par la médiation de l'entreprise, bousculée par le « paradigme épidémiologique » et défendue au premier chef par la DRTEFP, se verrait conforter in fine par une initiative de la Région (les ACTB), elle-même critiquée par cette direction régionale en raison de son intrusion dans les questions de santé au travail !

CONCLUSION

L'insertion du PRST dans un plan régional de santé publique ébranle les modalités classiques de l'action publique en matière de santé au travail. En effet ce processus est soutenu par un paradigme « épidémiologique » qui décloisonne les différentes composantes de l'action sanitaire. Dans un tel contexte institutionnel et cognitif, la santé au travail ne saurait continuer à relever d'une action collective indépendante et spécifique comme cela était le cas jusqu'à présent. En PACA, l'initiative conjointe de la Région et de l'Etat, dans le cadre du contrat de plan 2000-2006, avait, pour une part, anticipé sur cette mutation en promouvant des réseaux de veille et de prévention des risques professionnels. Le caractère précurseur de cette initiative a fait que le PRST de cette région, adopté dès 2005, est en quelque sorte hors norme : pour l'essentiel, il reprend l'activité de ces réseaux, avant même la publication de la circulaire ministérielle relative aux modalités d'élaboration des PRST. Précédant le plan régional santé-environnement censé pourtant le surplomber, il a favorisé la conclusion d'un accord par lequel les autorités sanitaires ont délégué à la DRTEFP la responsabilité de l'ensemble des objectifs en matière de santé travail, à charge in fine de l'insérer dans le plan régional de santé publique. Cet « échange politique » ne règle pas pour autant l'ensemble des problèmes de coordination inter-institutionnelle.

Ceci dit, peut-être ce cheminement est-il raisonnable tant les référents des acteurs issus de la santé publique diffèrent de ceux des acteurs classiques de la santé au travail. Sont vivement critiqués par les premiers les risques de compromissions que porterait intrinsèquement une régulation de l'action publique fondée sur le dialogue social, telle qu'elle prévaut habituellement dans le champ de la santé au travail même si le développement des RVP avait initié quelques rapprochements. Il reste que la prééminence politique du paradigme épidémiologique fait bouger les lignes. Soucieuse de préserver son autonomie d'action ainsi que le bien fondé d'une régulation tripartite, la DRTEFP a entrepris, ces dernières années, de construire une place reconnue à la santé-sécurité au travail au sein de la politique de santé publique. La conquête de cette légitimité est recherchée selon plusieurs angles avec une constante qui consiste à justifier le bien fondé de faire de l'entrée par l'entreprise une voie efficace, non seulement en matière de santé au travail mais plus largement, de santé publique. Elle s'appuie pour cela sur la promotion d'un référent qualifié d'ergonomique : les atteintes à la santé doivent être mises en relation avec les conditions organisationnelles de l'activité des personnes, sachant qu'il importe de prendre en compte les interactions entre celles-ci et des conditions liées à l'environnement ou au mode de vie. Son effectivité, loin d'être garantie à ce stade, est suspendue notamment à de profondes modifications des conditions d'exercice et des responsabilités d'acteurs majeurs de la santé au travail, tels que l'inspection du travail et plus encore la médecine du travail. Ainsi la DRTEFP a-t-elle entrepris de modifier sensiblement sa politique d'agrément des services de santé au travail.

L'investissement de ce paradigme ergonomique redonne du sens à l'engagement de cette administration de l'Etat dans une initiative de la Région, à savoir les accords cadres

tripartites de branche. Soucieux de décroiser les enjeux de la formation et de l'emploi dans un 1^{er} temps, puis d'inclure également les questions de travail, malgré des acquis, le Conseil régional n'est pas parvenu jusqu'à présent à donner pleine effectivité à cet instrument, sachant qu'il pourrait contribuer à instaurer une gouvernance régionale des risques du travail. Outre le fait que la Région a renforcé sa structure d'animation, l'implication plus directe de la DRTEFP pourrait favoriser la réalisation d'expériences plus probantes en matière d'intégration des risques de l'emploi et des risques professionnels dans une même action publique dont il pourrait résulter une efficacité accrue de l'action publique et donc, à terme, une légitimité renforcée d'une action en matière de santé privilégiant l'entreprise. Dès lors, par des voies indirectes, la déclinaison régionale du PST marquerait bien une rupture avec le cours antérieur en ce qu'il confirmerait la fin du désintérêt de l'Etat pour la médecine du travail tel qu'il avait prédominé après guerre (Bazzi, Devinck et Rosental, 2006, p. 62) Ceci à la condition expresse que des affrontements aux frontières des territoires institutionnels ne viennent pas excessivement perturber l'élaboration des positions de la puissance publique. Il est vrai que sur le fond, les positions des deux partenaires publics sur le dialogue social et l'importance de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise sont plutôt convergentes. Il reste que leurs approches ne relèvent ni des mêmes agendas, ni des mêmes exigences politiques. De ce fait, dans le cadre contractuel qui s'impose à eux, les partenaires régionaux de l'action publique en matière de santé au travail vivent la coopération comme combat ...

Références

- Abecassis P., Sandret N., 2006, La prévention et la réparation des risques professionnels, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 57, La Documentation Française, p. 31-39.
- Bessière J., 2005, *L'inspection du travail*, Rapport à Monsieur le Ministre Délégué aux Relations du Travail, janvier.
- Blatman M., 2005, « Regards sur l'état de santé au travail et la prévention des risques », *Droit social* n° 11, p. 960-975.
- Buzzi S., J-C Devinck et P-A. Rosental, 2006, *La santé au travail 1880-2006*, Coll. Repères, La Découverte, Paris.
- Callon P., Lascombes P., Barthe Y., 2002, *Agir dans un monde incertain*, Le Seuil.
- Davezies L., 2005, « La santé au travail : une construction collective », *Santé au travail* n° 52, 24-28.
- Gautier M., 2007, « La nouvelle donne régionale pour les services de santé au travail », *Note DRTEFP*, novembre, Marseille.
- Goldberg M., 2006, « La place de la santé au travail dans la santé publique », *ADSP*, n° 57, p. 17.
- Henry E., 2004, « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié « résoudre » la crise de l'amiante ? », *Revue française de science politique*, vol. 54, n°2, avril, pp. 289-314.
- Imbernon E., 2006, « La surveillance épidémiologique des risques professionnels : pourquoi et comment ? », *Actualité et dossier en santé publique* n° 57, La Documentation Française, p. 21-23.
- Jobert B., Muller P., 1987, *L'Etat en action*, Paris, PUF.
- Kaltwasser C., 2005, « Les troubles musculo-squelettiques », *Résonances Prévention* n° 9, 4-5.